

.....  
(pieczęć placówki)

**ZASWIADCZENIE**  
**w celu dofinansowania do likwidacji barier architektonicznych ze środków**  
**PFRON**

**UWAGA!**

Niniejsze zaświadczenie powinno być wypełnione czytelnie i w języku polskim.

**1) Dane osoby, której dotyczy wniosek o przyznanie dofinansowania do likwidacji barier architektonicznych ze środków PFRON**

**a) Imię i nazwisko**.....

**b) PESEL**.....

**c) Miejsce zamieszkania**.....

**2) Ze względu na rodzaj niepełnosprawności spowodowany :**

.....  
.....  
.....

**Osoba niepełnosprawna wymieniona w pkt. 1:**

porusza się samodzielnie, bez pomocy przedmiotów ortopedycznych (t.j. wózki inwalidzkie, kule, balkoniki) a także bez pomocy osób trzecich \*

porusza się samodzielnie, ale z pomocą kul inwalidzkich / balkonika \*

porusza się na wózku inwalidzkim \*

jest osobą leżącą \*

**a także ma inne trudności w funkcjonowaniu polegające na:**

.....  
.....  
.....

**3) Trudności te mogą zostać zlikwidowane/ograniczone \* poprzez likwidację następujących barier architektonicznych:**

.....  
.....  
.....

**4) Powyższa likwidacja barier wpłynie na poprawę funkcjonowania w następujący sposób:**

.....  
.....  
.....

**5) Uwagi uzupełniające i zalecenia dodatkowe:**

.....  
.....  
.....

.....  
miejscowość i data

.....  
pieczęć i podpis lekarza

\* niepotrzebne proszę skreślić